


Schmerztagebuch



Ein 30-Tage-Journal mit Anleitung



Hybrid

Erstellt mit LoomJournals

So verwendest du dieses Journal

Willkommen bei deinem Journal! Hier sind einige Tipps, um das Beste daraus zu machen:

- 1 Nimm dir jeden Tag ein paar Minuten zum Schreiben
- 2 Sei ehrlich und schreibe frei, ohne zu urteilen
- 3 Versuche, jeden Tag zur gleichen Zeit zu schreiben, um eine Gewohnheit aufzubauen
- 4 Lies deine Einträge wöchentlich durch, um Muster zu erkennen

-
- Rate your pain level on the 1-10 scale and note the location and type of pain
 - Record the duration of pain episodes and check off medication and exercise
 - Rate your mood, sleep quality, and stress level to capture the full picture
 - Write about your pain experience, possible triggers, and what helped or made it worse
 - Describe how pain affected your daily activities, work, and social life



Scanne für eine ausführliche Anleitung zu diesem Journal

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute – wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute – wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute – wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute – wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute – wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*

Datum: _____

Schmerzlevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schmerzort: _____

Schmerzart: _____

Dauer: _____

Stimmung (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafqualität: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medikamente:

Bewegung:



Schmerznotizen *(beschreibe dein schmerzerleben heute — wie es sich anfühlte, wann es begann, wie es ...)*

Auslöser *(was hat diese gefühle ausgelöst? ereignisse, menschen, gedanken)*

Was geholfen hat *(was hat erleichterung gebracht? notiere, was funktioniert hat, damit du es erneut nut...)*
